

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

152

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL KREYTS

Ancien Externe en 1^{er} des Hôpitaux de Paris

Né à Paris le 16 Janvier 1904

Etude clinique et étiologique de quelques formes de solarite

Importance de la recherche des Battements épigastriques

Président de thèse : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15]

—
1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° —

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

PAUL KREYTS

Ancien Externe en 1^{er} des Hôpitaux de Paris

Né à Paris le 16 Janvier 1904

Etude clinique et étiologique de quelques formes de solarite

Importance de la recherche des Battements épigastriques

Président de thèse : M. le Professeur P. CARNOT

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
N.....	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SÉZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
LAIGNEL LAVASTINE. . .	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER. .	Clinique chirurgicale
MATHIEU	Clinique chirurgicale
MOCQUOT	Clinique chirurgicale
PROUST	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ ...	Clinique obstétricale
LE LORIER ...	Clinique obstétricale
LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale
METZGER	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR CARNOT

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommage de profond respect.*

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR JACQUET

Médecin des Hôpitaux.

Qui a dirigé mes premiers pas en médecine dont j'ai été ensuite l'interne provisoire à la consultation de médecine de l'hôpital Laënnec et qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

En témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon très sincère attachement.

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de ma vive affection et de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stages :

- MM. le Professeur VIDAL (*in memoriam*), 1923.
- le Professeur DELBET, 1923.
- le Docteur LAUNAY, 1924.
- le Docteur RIBIERRE (*in memoriam*), 1924.
- le Professeur NOBÉCOURT, 1924.

Externat :

- MM. le Professeur J.-L. FAURE, 1925.
- le Docteur BROUARDEL, 1926.
- le Docteur ENRIQUEZ (*in memoriam*), 1927.
- le Professeur BEZANÇON, 1928.

Internat Provisoire :

- MM. le Docteur JACQUET, 1929.
 - le Docteur APERT, 1930.
-

A M. le PROFESSEUR LE LORIER

Témoignage de sincère gratitude,

INTRODUCTION

Pendant l'année que nous avons passé à la consultation de médecine de l'hôpital Laënnec, nous avons pu examiner avec notre maître, le docteur Jacquet, un grand nombre de malades se plaignant de troubles digestifs.

Nous avons été étonné de la rareté relative avec laquelle nous rencontrions des malades présentant une affection organique telle que ulcère et cancer de l'estomac. Nous avons été frappé, au contraire de la fréquence avec laquelle nous rencontrions des malades ne présentant que des troubles épigastriques ou dyspeptiques plus ou moins nets à l'origine desquels on trouvait une appendicite, une cholécystite, une ptose, une colite, parfois même une affection gynécologique.

Chez tous ces malades nous avons rencontré fréquemment un symptôme facile à mettre en évidence et sur lequel un certain nombre d'auteurs ont attiré l'attention. Nous voulons parler de l'existence de

battements artériels visibles et perceptibles à la palpation du creux épigastrique.

Ces battements épigastriques ont été décrits dans la symptomatologie de l'aortite abdominale (Potain, Teissier, Lœper, Laubry).

Ils ont été signalés dans la maladie de Basedow (Trousseau). Ils font partie de la symptomatologie de certains syndromes solaires (Lœper, Moutier). Ils ont été notés par tous les auteurs qui se sont consacrés à l'étude des ptoses gastro-intestinales (Fr. Glénard, Montheuuis). La plupart de ces auteurs n'accordent pas de valeur réelle aux battements épigastriques chez les ptosiques et ne leur donnent aucune signification spéciale. Les battements épigastriques seraient expliqués par le mauvais état de la paroi, l'amaigrissement du sujet, ou encore seraient des battements transmis par le côlon transverse rétracté (Montheuuis).

Recherchant ce symptôme sur tous les malades venant consulter pour des troubles digestifs à la consultation de médecine de l'hôpital Laënnec, nous avons été frappé de trouver rarement ces battements épigastriques à l'état isolé.

Beaucoup de ces malades qui présentaient des battements épigastriques se ressemblaient et même paraissaient calqués les uns sur les autres. Ils présentaient une sensibilité profonde à l'exploration du creux épigastrique. Ils se plaignaient de troubles variés, multiples mais toujours les mêmes : gêne permanente au creux épigastrique, état nauséux, aérophagie, anorexie, amaigrissement, éblouissements,

vertiges, fatigue physique et intellectuelle. Les battements épigastriques nous ont paru faire partie d'un véritable syndrome. C'est à l'étude clinique de ce syndrome, que nous décrivons sous le nom de solarite, que nous consacrons cette thèse.

La solarite est donc caractérisée essentiellement par un état d'endolorissement profond de la région épigastrique et par la présence de battements artériels intenses siégeant dans la même région. Nous éliminons donc du cadre de notre étude les véritables « crises solaires », correspondant comme l'a montré J.-Ch. Roux, à une véritable névrite du plexus solaire, telles qu'on les trouve au cours du tabès, plus rarement au cours de certains ulcères d'estomac, au cours de certains cancers de l'estomac, au cours du cancer de la tête du pancréas.

Nous éliminons aussi les états douloureux solaires, névralgie plutôt que névrite, simple cachialgies, qui ne s'accompagnent pas de battements épigastriques et qui sont fréquents au cours de la ptose et de l'ulcère d'estomac.

Certains auteurs ont fait du syndrome tel que nous le comprenons, une manifestation de sympathicotomie gastro-intestinale. Ils s'appuient sur les modifications du réflexe oculo-cardiaque qui se feraient dans le sens de la sympathicotomie et sur l'action qui serait élective de l'ésérine. La recherche du réflexe oculo-cardiaque chez quelques-uns de nos malades nous a donné des résultats discordants. La belladone, comme nous le verrons, nous a donné d'excellents résultats.

Nous dirons donc plutôt que la solarite nous paraît traduire un état de souffrance du plexus solaire, névralgie ou névrite, et que ce syndrome est très fréquent au cours de nombreuses affections abdominales.

Le syndrome a été étudié suivant les auteurs sous le nom de crises sympathiques, de crises solaires, de solarites, de caelialgies. Nous avons préféré le terme de solarite. En effet, les signes de sympathicotonie ne sont pas évidents, la douleur n'est pas toujours le symptôme prédominant et il ne s'agit pas, comme nous le verrons, d'une crise véritable, mais plutôt d'un état de souffrance solaire.

HISTORIQUE

Parmi les auteurs qui ont étudié les faits cliniques qui constituent le syndrome que nous décrivons, nous citerons les noms de Mathieu et J. Ch. Roux, de Laignel-Lavastine, de Pal, de Loeper, de Moutier. Rappelons enfin que Jaboulay intervint chirurgicalement au cours de quelques cas de solarites.

JABOULAY (Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde, 1900) décrit un symptôme solaire douloureux caractérisé par des battements artériels du creux épigastrique, du gonflement et de la parésie intestinale, fréquent surtout chez les névropathes. Il obtint dans deux cas la guérison en pratiquant la dénudation et le massage des ganglions semi-lunaires.

TERNIER, élève de Jaboulay, dans sa thèse de Lyon (1900), insiste sur les phénomènes de vaso-dilatation congestive se révélant par des battements épigastriques. « L'impression que l'on a alors, dit-il, c'est de se trouver en présence d'une maladie figurant assez bien le pendant abdominal du goitre exophtalmique. »

MATHIEU et J.-Ch. ROUX (Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique, 1909 à 1913), à côté des phénomènes douloureux ayant leur origine dans la tunique musculaire de l'estomac, qu'il s'agisse de phénomènes sensitivo-moteurs en rapport avec l'atonie, la ptose, la distension, ou qu'il s'agisse de spasme pylorique, insistent sur les phénomènes douloureux en rapport avec l'irritation du plexus solaire. Ils décrivent un point épigastrique répondant dans la profondeur au plexus solaire et situé un peu à droite de la ligne médiane au niveau d'une ligne réunissant l'extrémité des 9^e côtes. Ils retrouvent cette hyperesthésie solaire dans un grand nombre d'affections, dans l'ulcère d'estomac, dans l'appendicite chronique, la colite aiguë ou subaiguë, la lithiasé biliaire, dans les affections utérines ou annexielles, dans les ptoses, chez les névropathes. Ils trouvent souvent cette sensibilité sur toute la hauteur de l'aorte. Ces auteurs reconnaissent la fréquence de l'association d'hyperesthésie solaire et de battements épigastriques. L'aorte leur semble souvent même dilatée. Ils rejettent l'existence dans ce cas d'une aortite abdominale comme le voudrait Teissier et Benech et n'accordent pas de valeur réelle à ces deux signes vasculaires. Les battements aortiques, d'après ces auteurs, seraient dus à l'émotivité. L'apparence de dilatation de l'aorte est due à la superficialité du vaisseau du fait de l'amaigrissement et de la ptose.

Ces auteurs traitent ces plexalgies par les médications d'ordre physique : applications chaudes de di-

verses natures, massage et surtout électrisation par courant passant à travers le plexus.

Ils ont bien vu l'importance de la cure d'alitement pour juger du rôle des ptoses dans les plexalgies. « Pour juger du rôle des ptoses gastro-intestinales dans l'apparition de cette sensibilité anormale des plexus nerveux, le moyen de diagnostic le plus simple est de maintenir le malade au lit pendant quelques jours; si les ptoses interviennent seuls, l'amélioration est extrêmement rapide, en quelques jours la sensibilité aura disparu. Cette cure de lit peut même devenir un moyen thérapeutique très important et que nous mettons en œuvre chaque fois que des ptoses gastro-intestinales s'accompagnent de trop vives douleurs. Il faut rarement plus d'une semaine pour que cet orage se calme. »

Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a décrit dans sa thèse (Recherches sur le plexus solaire, 1903), à côté des crises gastriques tabétiques d'autres syndromes solaires douloureux. Il insiste sur la fréquence de l'irritation du plexus solaire au cours de l'aortite abdominale.

A propos des battements aortiques (Conférences de sympathologie, 1926-1929), il admet que chez certaines personnes ils peuvent être dus à l'augmentation de grandeur des oscillations artérielles du fait de la labilité spéciale de leur système sympathique. Mais il pense pourtant que le plus souvent ces battements épigastriques sont expliqués par une forte ensellure lombaire. Il décrit ailleurs des vertiges, des accès

d'oppression, de constriction thoracique, chez des malades présentant une plaque ombilicale douloureuse et des battements épigastriques. Ces troubles, d'après cet auteur, se voient surtout chez les ptosiques. Les tiraillements nerveux dans la ptose entraînant une irritabilité spéciale du plexus solaire.

MOUTIER (Essai clinique et thérapeutique sur les crises solaires; leur traitement par l'Esérine. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, 1920) décrit des crises solaires essentiellement douloureuses et vasomotrices. Deux éléments caractérisent essentiellement la crise solaire : la douleur et les battements artériels... Il n'y a point pour nous de crise solaire vraie sans ces pulsations de l'aorte visibles à l'épigastre et que le malade perçoit d'ailleurs douloureusement. » Il ne met pas en doute l'augmentation de volume du calibre de l'aorte, abstraction faite de l'illusion due à l'amaigrissement du sujet. On voit, en effet, dit-il, « le calibre de l'aorte se réduire au décours de la crise ». Il n'admet pas l'hypothèse d'une aortite abdominale admise par Potain et Teissier. « La lésion de l'aorte ne se trouverait guère en accord avec le caractère paroxystique et souvent éphémère des accidents ainsi qu'avec leur guérison souvent rapide et définitive. »

Parmi les phénomènes associés il cite les nausées, les vertiges, l'aérophagie, l'atonie gastrique, la diarrhée ou la constipation. Il observe ces crises chez les neurasthéniques, les inanitiés, les ptosés, dans la colite, l'ulcère d'estomac, les affections gynécolo-

giques, l'athérome aortique. Il les décrit aussi chez les hyperthyroïdiens, les malades atteints de rétrécissement mitral.

Cet auteur insiste sur l'utilité dans ces crises solaires de la médication externe : applications chaudes humides ou sèches, bains de lumière, galvanisation à faible intensité, radiothérapie.

L'ésérine enfin, d'après cet auteur, aurait une action élective sur ces crises en paralysant le sympathique. La plupart de ces malades seraient des sympathicotoniques.

Il donne 30 à 60 gouttes par jour de la préparation suivante :

Salicylate d'ésérine.....	un centigramme
Glycérine à 28°.....	3 cmc. 5
Eau distillée.....	1 cmc. 5
Alcool à 95° q. s. p.....	10 cmc. 3

Le professeur LOEPER, dans ses Leçons de Pathologie digestive, étudiant les caelialgies, différencie la néoralgie solaire, simple irritation du plexus solaire, de la néorite, qui s'accompagne d'altération anatomique.

Au point de vue clinique, il décrit à côté du point douloureux épigastrique, le point para-ombilical droit qui correspond à l'origine du plexus mésentérique supérieur, le point para-ombilical gauche qui correspond à l'origine du plexus mésentérique inférieur enfin des points iliaques.

A côté des véritables grandes crises gastriques telles qu'on peut les rencontrer au cours du tabès, il

décrit des crises moins violentes essentiellement douloureuses et vasculaires. La douleur épigastrique est souvent discrète, il s'agit moins alors d'une crise que d'un état fonctionnel. Elle s'accompagne de battements de l'aorte au niveau de l'épigastre. L'aorte paraît souvent dilatée. Le malade présente souvent des nausées, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de l'aérophagie, de la diarrhée ou de la coprostase. Parfois ce sont des crises de tachycardie, des accès d'oppression, de l'agitation nerveuse qui attirent l'attention. On voit ainsi souvent se surajouter au syndrome abdominal un syndrome vago ou sympathicotonique. Il est difficile néanmoins, le plus souvent pour cet auteur, de préciser la part respective du pneumogastrique et du sympathique.

Au point de vue thérapeutique, la jusquiame, la valériane, l'ésérine, dans les grandes crises, lui semblent donner de bons résultats. Etant donné l'importance des séquelles névritiques il insiste sur l'utilité des médications lointaines : électrisation, faradisation, voire même radiothérapie et cure hydrominérale.

D'après cet auteur les cadialgies sont en rapport le plus souvent avec une cause inflammatoire, mais elles relèvent parfois aussi d'une cause mécanique, en particulier d'une ptose gastro-intestinale. La ptose entraîne, d'après cet auteur, des tiraillements perpétuels des filets du grand sympathique et c'est ce qui explique la fréquence de l'irritation du plexus solaire au cours de cette affection.

On voit que de nombreux auteurs ont eu l'attention attirée par les faits cliniques que nous décrivons dans cette thèse. Nous essayerons maintenant de préciser l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique de ce syndrome que nous avons eu l'occasion d'observer très fréquemment.

ETIOLOGIE

Nous avons rencontré ce syndrome surtout chez des sujets jeunes, particulièrement chez des femmes entre 25 et 30 ans (70 p. 100 des cas). Plus rarement nous l'avons rencontré chez des hommes jeunes (10 p. 100 des cas). Dans quelques cas enfin le syndrome a été observé chez des sujets âgés. On pouvait se demander alors s'il ne s'agissait pas d'une aortite abdominale par athérome. Ce diagnostic, en effet comme nous le verrons, peut être très difficile.

La solarite peut survenir à titre épisodique et transitoire au cours des affections aiguës et douloureuses de l'abdomen à caractère de crises : colique hépatique et crise entéralgique en particulier. Le plus souvent elle est en apparence primitive et seul un examen méthodique et complet permet de dépister la lésion causale.

Dans un premier groupe de faits elle relève d'une cause fonctionnelle qui entraîne une mauvaise statique abdominale.

Elle se voit chez des sujets ayant une mauvaise

paroi avec un abdomen flasque et mal soutenu, chez des femmes ayant eu de nombreuses grossesses, chez des sujets ayant une éventration soit au niveau de la ligne blanche, soit au niveau d'une cicatrice opératoire. Nous l'avons rencontré chez des sujets ayant subi un amaigrissement important en quelques mois, entraînant un déséquilibre de la statique abdominale sans que pour cela il y ait de ptose.

La cause que nous avons le plus souvent trouvée à l'origine de la solarite est la *ptose gastro-intestinale*. Il peut s'agir d'une ptose acquise à la suite d'un amaigrissement important ou par inanition. Il peut s'agir dans d'autres cas de ptose constitutionnelle, se rencontrant chez des sujets à type longiligne : sujets à épaule et bassin étroit, tout en longueur. La solarite survient le plus souvent alors à la suite d'une cause occasionnelle : surmenage, émotion ou amaigrissement. La ptose rénale est plusieurs fois associée à la ptose gastro-intestinale dans nos observations.

Dans un deuxième groupe de faits la solarite a une cause mixte : fonctionnelle et organique. Il s'agit le plus souvent d'une ptose importante associée à une appendicite chronique, à une colite, à une périviscérite ou à une intervention ancienne portant sur l'abdomen.

Dans certains cas enfin la solarite nous est apparue en rapport avec une cause organique (inflammatoire) isolée. Il s'agit surtout d'une appendicite chronique, d'une cholécystite, parfois d'une simple colite spasmodique, ou d'une entéro-colite muco-membra-

neuse. Chez certains malades on trouvait dans les antécédents une intervention chirurgicale : appendicectomie ou cholécystectomie, parfois hystérectomie pour salpingite. Dans tous ces cas la solarite est en rapport avec des processus d'adhérences ou de péri-viscéríte.

Dans quelques cas nous avons trouvé le syndrome chez des malades porteurs d'un ulcus duodénal ou pylorique.

Telles sont les causes les plus fréquemment rencontrées à l'origine de la solarite.

Enfin nous avons trouvé plusieurs fois chez nos malades atteints de solarite des signes de Basedow. Il s'agissait le plus souvent de Basedow fruste, se manifestant par un goitre léger, un regard un peu brillant, de la tachycardie. Il semble bien que la solarite explique certaines crises abdominales et certains troubles digestifs des basedowiens. En relevant nos fiches (statistique de consultation digestive) sur dix Basedow observés, quatre malades présentaient de la solarite.

Dans certains cas nous avons rencontré la solarite chez des sujets nerveux qui semblaient rentrer dans le cadre de la neurotonie ou de la sympathicotonie. Plusieurs de nos malades présentaient de la tachycardie.

Chez quelques-uns de nos malades enfin il s'agissait de malades âgés, on pouvait se demander si la solarite n'était pas en rapport avec une aortite abdominale athéromateuse.

ETUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

Nous décrirons tout d'abord la forme de solarite la plus fréquemment rencontrée, c'est-à-dire la *forme en apparence primitive et solitaire*.

Les malades viennent consulter pour des troubles variés. Le plus souvent ils se plaignent d'une sensation permanente d'endolorissement profond du creux épigastrique. Dans quelques-unes de nos observations les malades venaient consulter pour des vertiges apparaissant aussi bien en position debout que couchée et durant quelques jours. Très souvent nos malades se plaignaient de migraines. Dans une de nos observations la malade avait été alertée par des crises de palpitations angoissantes et douloureuses. Néanmoins, chez tous nos malades, on retrouvait à l'interrogatoire plus ou moins estompés les autres troubles fonctionnels qui font partie du syndrome solaire et que nous étudierons ultérieurement.

L'examen physique permet seul de porter le diagnostic de solarite. Le premier symptôme qui doit

attirer l'attention et qui nous paraît avoir une réelle valeur est constitué par l'existence de *battements épigastriques*. Les battements épigastriques sont souvent visibles à jour frisant au-dessus de l'ombilic. On ne les trouve parfois qu'à la palpation. Dans ce cas on trouve un centre de battements, le plus souvent à la partie moyenne du creux épigastrique sur la ligne médiane. A ce niveau les doigts sont soulevés et écartés. Dans certains cas plus typiques, les battements ne sont pas ainsi localisés, ils diffusent dans tout l'épigastre jusqu'à l'ombilic et aux rebords costaux. Il semble s'agir d'un véritable état d'éréthisme vasculaire localisé à l'épigastre. Ils sont parfois si violents que l'on ne peut s'empêcher de penser à l'existence d'une ectasie aortique.

Certains auteurs décrivent au cours de ces états solaires des modifications de calibre de l'aorte qui serait dilatée. L'aorte est perçue parfois en effet à la palpation sous forme d'un cordon étendu verticalement et animé de battements. Ce symptôme nous a paru fréquent chez les individus maigres et ne nous paraît pas avoir à lui seul de valeur. Seule la violence des battements épigastriques nous paraît devoir être retenue comme symptôme de solarite.

Ces battements épigastriques ne sont pas isolés en cas de solarite et on trouve toujours associée aux battements artériels *une sensibilité profonde à la palpation de l'épigastre*. Nous n'avons pas toujours trouvé de point douloureux précis. Il s'agissait le plus souvent d'une sensibilité diffuse de la région épigastrique

avec maximum sur la ligne médiane mais s'étendant largement de part et d'autre. Ces deux symptômes associés nous paraissent avoir une importance capitale et doivent toujours être recherchés.

Les troubles fonctionnels qui accompagnent la solarite sont moins caractéristiques. Ce sont des troubles essentiellement subjectifs, vagues, multiples, mais toujours pénibles, déprimants et retentissant toujours plus ou moins comme nous le verrons sur le psychique du malade. Nous allons essayer de les préciser.

La douleur dont se plaint le malade revêt le plus souvent un type épigastrique. Il s'agit d'ailleurs rarement d'une douleur véritable. Il s'agit le plus souvent d'une simple sensation pénible et inconfortable, véritable « équivalent de la douleur », comme dit Leven. Pour expliquer les caractères de ces malaises le malade emploie souvent le terme de crampe, de *gêne épigastrique*. Cette gêne épigastrique s'accompagne souvent de sensation de gonflement, de distension qui oblige le malade à enlever sa ceinture. Elle est parfois légèrement angoissante. *Cette sensation pénible est localisée au creux épigastrique et ne présente pas d'irradiation. Elle est permanente, continue, diurne et nocturne.* Elle se fait sentir à toute heure de la journée, pendant le jour comme pendant la nuit, le malade étant debout ou couché. Elle n'a aucun rapport avec l'alimentation. Elle n'est pas influencée par l'horaire des repas. Elle n'est pas calmée par les poudres inertes, par les pansements gastriques, par les alca-

lins. Elle est soulagée seulement, comme nous le verrons, par le repos étendu prolongé pendant quelques jours et par l'application permanente d'une source de chaleur quelconque au creux épigastrique. Cette douleur solaire présente donc des caractères spécifiques importants qui permettent de la différencier des sensations douloureuses en rapport avec une affection de l'estomac ou d'un organe de voisinage. En réalité les caractères de cette douleur ne sont pas toujours aussi facile à mettre en évidence. Sur ce fond douloureux permanent que nous venons de décrire peuvent être greffés des troubles douloureux en rapport avec des phénomènes sensitivo-moteurs d'origine viscérale. Le malade peut se plaindre de brûlures survenant quelques heures après les repas, de pesanteurs post-prandiales, de gastralgies survenant dans la position verticale et cessant en décubitus. Mais de toute manière, en cas de solarite, on retrouve associé à ces troubles le fond douloureux permanent caractéristique de cette affection. *Au lieu de cette forme de malaises épigastriques, le malade se plaint parfois de douleur à type dorsal ou lombaire. Cette douleur lombaire permanente irradie en ceinture le long des côtes et s'accompagne souvent d'une sensation de constriction légère.*

Certains de nos malades présentaient des paroxysmes douloureux post-prandiaux en rapport peut-être avec une hyperesthésie gastrique. Cet état douloureux permanent est associé souvent chez nos malades à un *état nauséux* très désagréable. Les

malaises aérophagiques sont très fréquents. Le malade a souvent des *régurgitations pituiteuses*, de la *sialorrhée*, parfois des *vomissements*. Dans une de nos observations les vomissements qui empêchaient toute alimentation étaient le symptôme principal.

L'irritation du plexus solaire entraîne souvent un certain nombre de réactions à distance qui, dans certains cas, peuvent dominer le tableau clinique et faire errer le diagnostic si on ne pense pas à la solarite. Ce sont parfois des troubles fonctionnels cardiaques, le malade peut se plaindre de *palpitations*. Une de nos malades présentait des crises douloureuses précordiales et gastriques d'apparence angineuse. Ce sont parfois des troubles dyspnéïques. Le malade se plaint d'angoisse respiratoire, de suffocation vague, parfois de sensation de constriction à la base du thorax. *Il se plaint souvent de ne pouvoir respirer à fond*. Dans plusieurs de nos observations les malades avaient été alertés par des *troubles vertigineux*. Il s'agissait de vertiges survenant dans la position debout et cessant par le décubitus. Dans deux observations les vertiges survenaient dans le décubitus horizontal comme dans la position debout. Un certain nombre de nos malades présentaient des troubles visuels. Il s'agissait surtout d'éblouissements. *Parfois le malade se plaignait de voir trouble passagèrement*. Dans de nombreuses observations enfin, les malades se plaignent d'*états migraineux*. Le malade présente le plus souvent une *constipation spasmodique*, parfois il présente une *diarrhée séreuse* par petites émissions. On voit com-

bien tous ces petits troubles enrichissent la symptomatologie de la solarite. Ils sont parfois difficiles à distinguer des troubles en rapport avec l'affection causale. Ils peuvent parfois prendre une importance prédominante. On retrouve néanmoins toujours les autres éléments du syndrome.

Le syndrome n'en reste jamais là. Il retentit toujours sur l'état général. L'état douloureux permanent entraîne une perte du sommeil et des *insomnies* fréquentes et complètes. Les malades viennent parfois consulter parce qu'ils ne peuvent plus dormir. Le malade, d'autre part, restreint toujours son alimentation et par conséquent maigrit. Cette restriction alimentaire peut être plus ou moins volontaire. Le malade diminuant son alimentation croit ainsi atténuer ces malaises. Mais le plus souvent il s'agit d'une anorexie véritable. Cette *anorexie* peut être en rapport avec le régime auquel est soumis d'ailleurs sans succès souvent depuis de longs mois le malade. Il s'agit toujours d'un régime sévère, monotone et « triste ». On a retiré tous les aliments ayant quelque goût et pouvant flatter leur appétit. On a supprimé le pain, la viande, les ragoûts, les fritures, les sauces, le vin, les fromages, les crudités, et on ne leur a laissé que les pâtes à l'eau, les laitages, les purées, les fruits cuits. L'anorexie enfin est favorisée par l'état nauséeux permanent qui accompagne souvent la solarite. *L'amaigrissement est parfois très rapide et paraît souvent disproportionné à l'insuffisance alimentaire.* Dans plusieurs de nos observations les malades

avaient maigri de plusieurs kilogrammes en quelques semaines. Cet amaigrissement entraîne une aggravation de tous les symptômes de la solarite. *L'amaigrissement peut donc être à l'origine de la solarite, mais il en est aussi une des conséquences.* Dans de nombreux cas le malade, continuant à maigrir du fait de sa solarite, ne peut pas guérir. Son état, au contraire, persiste ou tend à s'aggraver tant que son poids diminue.

Enfin la solarite retentit plus ou moins sur le psychisme de ces malades. Tous ces malades qui souffrent depuis longtemps, qui ont essayé sans succès de nombreux traitements, deviennent rapidement des psychasténiques. Ces malades sont découragés, déprimés, pessimistes, et se laissent bientôt aller à un abandon complet. Ils ne font plus aucun travail physique ou intellectuel suivi. Ils sont même incapables de se soigner sérieusement. D'autres malades réagissent d'une façon un peu différente. Leurs malaises persistants tendant même à s'aggraver, ces malades s'inquiètent. *Ils sont tourmentés par l'idée de leur maladie.* Cette idée peut aller jusqu'à devenir une véritable obsession. Plusieurs de nos malades se croyaient atteints d'une maladie grave et incurable. Certains se croyaient atteints de cancer, d'autres de tuberculose. D'autres malades deviennent nerveux, irritables, difficiles à vivre. *Dans un grand nombre de cas nous avons eu l'impression qu'il s'agissait de véritables psychoses d'inanition,* telles qu'elles ont été décrites par Mathieu et J.-M. Roux. Nous avons à faire à des

malades très amaigris, ne mangeant presque plus, semblant présenter la véritable anorexie des jeunes. Ces malades nerveux, irritables, étaient incapables d'aucun effort intellectuel. Tous ces troubles tendaient à s'aggraver. Par contre, ils étaient rapidement améliorés par la cure d'alitement et d'engraissement. Beaucoup de nos malades auraient pu être catalogués comme nevropathes ou neurasthénique, alors qu'il s'agissait avant tout d'individus inanitiés qui s'améliorèrent par la reprise de l'alimentation. On comprend que sur certains sujets prédisposés les troubles psychiques peuvent prendre le premier plan et revêtent l'aspect de véritable psychose. L'importance de ces troubles psychiques nous paraît si grande qu'avant d'entreprendre n'importe quel traitement il nous paraît indispensable de faire un peu de psychothérapie bien comprise. On rassurera le malade sur la bénignité de ces malaises, sur l'absence de lésion organique, et on lui affirmera sa guérison prochaine. En même temps, dans certains cas, on lui expliquera l'influence nocive de l'inanition et l'importance de la réalimentation. Chez la plupart de nos malades nous avons constaté l'existence d'un décalage thermique, le pouls étant à 60 pulsations par minute, la température est à 37°8. Par ces quelques données cliniques nous avons voulu montrer les conséquences les plus lointaines qu'entraîne l'irritation du plexus solaire.

EVOLUTION

La solarite abandonnée à elle-même évolue de façon différente. Il est sans doute des formes légères qui sont passagères et qui guérissent spontanément, prenant fin avec la cause qui leur a donné naissance. D'autres formes peuvent guérir ou s'améliorer à la suite d'un changement d'activité, d'une période de repos, d'un séjour à la campagne. Mais il est aussi des formes plus sérieuses, plus tenaces, qui durent pendant des mois et des mois et qui tendent à se stabiliser. Ces formes pourront présenter des poussées s'accompagnant d'une aggravation de tous les symptômes au moment des règles, à la suite d'une émotion ou d'un surmenage. Il est enfin des formes graves. Ce sont en particulier les formes qui s'accompagnent d'anorexie, d'amaigrissement, de dépression psychique qui, loin de s'améliorer spontanément, persistent ou même tendent à s'aggraver. Dans ces formes, en effet, tant que du fait de la solarite le malade ne se réalimentera pas et par conséquent continuera à maigrir, tous les troubles en rapport avec l'irritation du plexus solaire persisteront ou iront même en s'exagérant. Il s'agit là d'un de ces cercles vicieux si fréquents en pathologie digestive dont on ne pourra s'échapper dans le cas présent qu'en soumettant le malade comme nous le verrons à la cure d'alitement et d'engraissement. En réalité, nous n'avons pas eu souvent l'occasion de suivre cette évolution spontanée. En effet, nous avons soumis tous

nos malades atteints de solarite à une première épreuve thérapeutique qui nous a paru avoir un intérêt primordial. Nous voulons parler de la cure d'alitement. Nous faisons garder le lit pendant une semaine à nos malades en leur indiquant de conserver une source de chaleur en permanence sur le creux épigastrique. Nous leur faisons en même temps prendre pendant ces quelques jours d'alitement, de préférence avant les repas, quelques gouttes de teinture de belladone et teinture de jusquiame. Dans certains cas, ou au bout de quelques jours, la belladone semblait ne pas avoir agi, nous remplaçons la belladone par des gouttes d'ésérine ou d'un de ses succédanés. Au bout d'une semaine de ce traitement certains de nos malades se trouvaient nettement améliorés. Tous les malaises dont ils se plaignaient auparavant : gêne permanente au creux épigastrique, état nauséeux, vertiges, éblouissements, avaient disparu. Les battements épigastriques n'étaient plus perceptibles, la palpation du creux épigastrique était indolore. Sur un grand nombre de solarites, que nous avons pu soumettre à ce traitement, *cette forme cédant facilement à la cure d'alitement s'est toujours trouvée en rapport avec une cause fonctionnelle : ptose, éventration, amaigrissement.*

D'autres malades au contraire, à la suite de cette cure d'alitement, continuaient à souffrir. La gêne permanente au creux épigastrique, l'état nauséeux, les vertiges ne s'étaient pas améliorés. A l'examen on retrouvait les battements épigastriques et la sensibi-

lité solaire. Cette forme de solarite irréductible, ne cédant pas à la cure d'alitement et au chauffage du creux épigastrique, s'est toujours trouvé liée à une cause organique : appendicite ou périviscérite par exemple. On voit donc tout l'intérêt que présente au point de vue thérapeutique cette épreuve de la cure d'alitement.

FORMES CLINIQUES

A côté de cette forme en apparence primitive où c'est à l'occasion de la solarite que le malade vient consulter pour la première fois et où la symptomatologie de la solarite étouffe celle de l'affection causale, nous décrirons une forme de solarite survenant chez un ptosique déjà en traitement. L'attention avait été attirée antérieurement par des douleurs, des vertiges liés à la position debout. Tous ces troubles avaient été améliorés pendant un certain temps par le port d'une sangle. Dans ces conditions, lorsque la solarite s'installe des sensations nouvelles apparaissent. Elles sont permanentes et ne sont plus influencées par le décubitus. D'autre part, le malade n'est plus soulagé par sa ceinture. Bien plus, la ceinture devient douloureuse et difficile à supporter. C'est très souvent le premier signe qui attire l'attention.

Suivant la symptomatologie nous décrirons encore une forme gastrique, une forme avec souffrances paroxystiques, faisant penser à une véritable crise gastrique, une forme avec vomissements, une forme avec tachycardie et palpitations, une forme névro-

pathique, une forme respiratoire, une forme aéro-phagique. Nous décrivons enfin une forme à type neurotonique survenant chez des sujets anxieux, amaigris, ayant perdu tout sommeil et dont l'aspect seul évoque l'idée du Basedow.

DIAGNOSTIC

Par cet exposé clinique nous avons montré toute l'importance que prenaient la recherche des battements épigastriques et de l'hyperesthésie solaire dans le diagnostic de la solarite. Il existe un syndrome clinique dont la symptomatologie pourrait prêter à confusion avec la solarite, nous voulons parler de l'*aortite abdominale*. L'aortite abdominale est le plus souvent d'origine athéromateuse survient chez des sujets âgés. A la palpation on trouverait une aorte dilatée, dure et douloureuse. Néanmoins, le diagnostic peut rester très difficile car l'aortite abdominale s'accompagne souvent d'une irritation du plexus solaire (nous avons déjà dit que l'on pouvait trouver l'aortite abdominale à l'origine de la solarite).

Le syndrome doit aussi être différencié de la *maladie de Basedow*. Nos malades nerveux, amaigris, pourraient être pris pour des Basedowiens frustes. D'autre part, on a insisté sur des formes de la maladie de Basedow à symptomatologie digestive et on a signalé dans ces formes se manifestant par des troubles de l'appétit, des douleurs gastriques, de la diarrhée, l'existence de battements épigastriques vio-

lents. Nos malades ne présentaient aucun des signes cardinaux de la maladie de Basedow. Ils n'avaient ni goitre, ni exophtalmie, ni tremblement. On ne trouvait pas même un élargissement de la base du cou ou un éclat spécial du regard pouvant faire soupçonner un trouble du fonctionnement thyroïdien. D'autre part, tous nos malades ont été suivis et revus à maintes reprises et chez aucun d'eux nous n'avons vu apparaître ultérieurement des signes de Basedow. On sait enfin que le métabolisme de base est augmenté dans le goitre exophtalmique.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

En réalité, le vrai problème qui se pose en présence d'un cas de solarite est le problème étiologique. Le syndrome étant, comme nous l'avons déjà dit, le plus souvent autonome, en apparence primitif et essentiel. *L'examen clinique du malade peut déjà donner un certain nombre de renseignements.* Mais ces renseignements ne sont jamais suffisants et l'examen ne doit pas en rester là. On examine soigneusement l'habitus général du malade, l'état de sa paroi. On recherchera les symptômes d'appendicite : le point de Mac Burney, le signe de l'élévation du membre inférieur. On recherchera les signes qui font penser à l'existence d'une cholécystite : le signe de Murphy, la douleur phrénique. L'interrogatoire du malade pourra évidemment aiguiller sur l'affection causale.

L'épreuve de la cure d'alitement sera le deuxième

procédé de diagnostic, le deuxième temps de l'examen. Nous avons déjà vu en effet que les solarites qui cèdent à l'alitement sont en général d'origine fonctionnel : ptose ou amaigrissement. Par contre, les solarites qui résistent à l'alitement sont en général d'origine organique : appendicite ou périviscérite par exemple. Aussi, en présence d'une solarite que l'on a mis à un premier examen sur le compte d'une ptose gastro-intestinale et qui ne cède pas à la cure d'alitement, on devra soigneusement mettre en œuvre tous les moyens pour dépister une épine organique surajoutée.

L'examen radiologique, troisième temps de l'examen, présente une importance capitale dans le diagnostic positif et étiologique de la solarite. Nous faisons prendre à nos malades, à jeun depuis la veille, une partie de la gelobarine vers quatre heures du matin. L'examen sous écran, précédé de l'absorption du reste de la gelobarine, avait lieu dans la matinée six heures après la première prise.

L'examen radiologique permet de porter le diagnostic de *ptose gastro-intestinale*.

Beaucoup de nos malades présentaient des estomacs atones dont le bas-fond descendait à 10 à 15 cm. au-dessous des crêtes iliaques.

A l'examen de beaucoup de nos malades on trouvait un aspect de pseudo-bilocation.

Le pylore, parfois en position normale, se trouvait dans d'autres cas abaissé au niveau de la qua-

trième lombaire. Nous avons trouvé assez souvent le syndrome de la sténose duodénale fonctionnelle.

L'examen radiologique donne des renseignements précieux pour pouvoir porter le diagnostic d'*appendicite chronique*. On recherchera la stase barytée dans l'iléon six heures après le premier repas, l'état contracté du côlon ascendant, l'existence de spasmes intermittents et localisés à l'iléon, surtout l'existence d'un point douloureux localisé au bord interne du cæcum suivant exactement l'image cæcale dans tous ces déplacements. On comprend la nécessité de l'examen radiologique pratiqué en différentes positions.

L'examen radiologique permet de préciser la sensibilité solaire. La douleur provoquée maxima se trouve en dedans et à droite de la petite courbure, devant la colonne vertébrale, au point épigastrique correspondant au plexus cardiaque.

TRAITEMENT

Comme nous l'avons déjà fait entrevoir le traitement de la solarite doit être envisagé de façon toute différente suivant qu'il s'agit d'une solarite en rapport avec une cause fonctionnelle ou d'une solarite en rapport avec une cause organique.

Lorsqu'il s'agit d'une *solarite en rapport avec une cause fonctionnelle* : déséquilibre abdominal en rapport avec mauvaise paroi, ptose ou amaigrissement, le traitement, comme nous l'avons déjà vu, réside essentiellement dans la *cure d'alitement associé au*

chauffage permanent de l'épigastre. On donne en même temps au malade avant chaque repas *quelques gouttes de belladone, de jusquiame ou parfois d'ésérine* ou d'un de ses succédanés. Sous l'influence de ce traitement, le plus souvent au bout de cinq ou huit jours, tous les troubles ont disparu, la solarite est guérie. Dans certains cas où les malades peuvent difficilement s'arrêter complètement dans leur travail (domestiques), on obtient parfois des résultats suffisants en leur conseillant seulement de rester en décubitus horizontal pendant plusieurs heures après chaque repas. Mais, le plus souvent, ces quelques heures de repos ne sont pas suffisantes et la cure d'alitement est absolument nécessaire. Parfois, après cinq jours d'alitement, lorsque le malade se lève, quelques malaises persistent, les battements épigastriques sont perceptibles, quoique atténués, on est quitte pour prescrire une nouvelle cure d'alitement.

La solarite une fois guérie il reste à traiter le trouble qui est à son origine. Si l'on oublie cette partie du traitement la rechute est presque fatale et à brève échéance dès que le malade reprendra son travail et sa vie active.

Si l'on a à faire à un malade présentant un abdomen saillant ayant une mauvaise paroi ou une éven-tration, qu'il y ait ptose ou non, on obtient de bons résultats par le port d'une ceinture en tissu élastique et souple. Cette ceinture a pour but de rentrer l'hypogastre saillant. Pour exercer son action elle devra prendre son point d'appui sur la région lombaire et ne

devra donc pas dépasser la hauteur de l'ombilic. Le malade devra la mettre dès le matin en position couchée en se soulevant sur les talons; les organes ainsi remis en place la ceinture n'a qu'à les maintenir. La ceinture avec pelote est à déconseiller, elle ne pourrait que réveiller la solarite.

Si l'on a à faire à un sujet amaigri ayant un ventre creux, qu'il y ait ptose ou non, la ceinture n'est d'aucune utilité. Elle ne soutient rien. Elle est même plutôt nuisible. La plupart de ces malades voient leurs troubles cesser dès qu'ils ont repris leur poids normal. *On doit donc les soumettre, en même temps qu'à la cure d'alitement, à une cure d'engraissement.* On leur fait cesser les régimes restrictifs et « tristes », suivant l'expression du professeur Carnot, qu'ils suivent la plupart, et on leur conseille une alimentation variée et nourrissante sous un petit volume. Les malades reprenant du poids, leur état s'améliore progressivement. Au bout d'un certain temps on peut leur conseiller des aliments en apparence lourds, mais très nourrissants, et qu'ils supportent souvent bien.

Certains malades, comme nous l'avons vu, du fait même de la solarite, sont très amaigris, véritablement en état d'inanition. Chez ces malades déprimés et découragés, ayant perdu tout appétit, refusant de s'alimenter, la cure d'engraissement, seul moyen de sortir du cercle vicieux qui est à l'origine de tous leurs maux, est très difficile à réaliser. *Le professeur P. Carnot a montré que l'on devait agir vis-à-vis de ces grands ptosiques inanitiés comme vis-à-vis des grands*

anorexiques mentaux, et il leur a appliqué dans toute sa rigueur la cure de Weir-Mitchell-Dejerine : *isolement, alitement et allaitement*. Nous laissons donc ces malades au lit avec une source de chaleur permanente au creux épigastrique, et nous les mettons pendant quelques jours au régime lacté absolu. Nous leur donnons deux litres et demi de lait que nous faisons partager en six bols à prendre dans la journée. Chaque bol est sucré abondamment et on y a ajouté une demi-cuillerée à café de citrate de soude qui facilite la digestion du lait et l'empêche de se coaguler. Le lait ainsi absorbé en position horizontale par petites portions est bien supporté. Le malade ne souffre pas. Il commence à reprendre du poids et reprend confiance. Le régime lacté pur est insuffisant, et ne doit pas être continué plus de trois jours. Le quatrième jour on ajoute à trois bols un aliment supplémentaire : tapioca, vermicelle, farine ou purée. Au bout de huit à dix jours de ce traitement la solarite est guérie, mais le malade n'a pas encore repris un poids suffisant. Il reste un maigre et un ptosique. Il y a intérêt à le laisser au lit tout en continuant à le réalimenter progressivement.

Au dixième jour on supprime le lait qui, à la longue, fatiguerait l'estomac et causerait de l'anorexie. On prescrit d'abord le poisson maigre, le jambon, les pâtes, les purées, les compotes, puis les viandes blanches, les œufs, les grillades de bœuf ou de mouton. On donne ensuite progressivement une alimentation de plus en plus variée sans aucun régime

restrictif tout en suivant la courbe de poids du malade qui doit augmenter progressivement. Chez ces malades on est étonné des aliments considérés comme lourds mais très nutritifs qu'ils peuvent supporter. Les soupes épaisses au pain et aux légumes, les lentilles, les fromages fermentés et coulants sont souvent appréciés. Le point délicat sera de savoir à quel moment on devra les autoriser à se lever. En tous cas on leur conseillera pendant longtemps de boire peu en mangeant et de s'étendre quelques heures après chaque repas.

Tous ces malades qui restent parfois, malgré la cure d'engraissement et d'alitement, amaigris et ptosiques, auront intérêt une fois la solarite guérie, en reprenant leur activité, à se soumettre au régime de clinodigestion nocturne tel qu'il a été indiqué par le professeur Carnot chez les ptosiques ambulatoires. Ce régime consiste essentiellement à donner le repas principal le soir, qui est ainsi digéré en position couchée pendant la nuit. Il contiendra des potages ou des soupes épaisses, un plat de purée ou de pâtes, un plat de légumes verts, un entremets sucré, un fruit, peu de liquide. Il ne contiendra ni café, ni vin, ni viande. Pendant le reste de la journée on ne donne que trois petits repas à transit pylorique accéléré ne contenant que des liquides tièdes sans grosses particules solides : sous forme de viande crue pulpée dans du bouillon tiède, de semoule ou de pâtes fines dans du bouillon, de bouillies, de porridges, de gelées. A ces petits repas on ajoutera parfois une tasse de café ou thé. En fai-

sant suivre ce régime on permet au malade de mener une vie active. Il ne souffre pas et son poids, loin de diminuer, se stabilise ou même peut augmenter. On évitera ainsi bien des récidives de la solarite.

Chez certains malades enfin, très amaigris et découragés, nous avons obtenu de bons résultats en associant à la cure d'alitement et d'engraissement, une cure d'insuline. L'insuline sera faite à raison de dix unités cliniques avant chaque repas. On évitera ainsi les accidents hypoglycémiques. L'amélioration obtenue par l'insuline est artificielle et passagère. L'injection d'insuline néanmoins augmente l'appétit, fait prendre rapidement du poids et redonne confiance au malade qui a souvent essayé différents traitements sans résultats. Dans certains cas, l'amélioration est si nette et si rapide sous l'influence de ce dernier traitement que l'on peut se demander si l'insuline n'agirait pas sur les signes solaires eux-mêmes.

Tous ces malades amaigris ou ptosiques, qui ont fait des accidents solaires, restent néanmoins à surveiller étroitement. Ils restent souvent des fragiles du système nerveux végétatif. Ils pourront faire des récidives à la suite d'un nouvel amaigrissement, d'une période de surmenages, d'une infection digestive quelconque.

Les formes de solarite en rapport avec une cause organique : appendicite ou périviscérite par exemple ne cèdent pas à l'alitement. Il faut néanmoins suivre la règle générale que nous avons indiquée : essayer

de commencer par guérir la solarite et ne songer à traiter la cause qui lui a donné naissance que secondaiement. Un malade présentant une solarite à l'origine de laquelle on aura trouvé une appendicite chronique ne devra pas être envoyé de suite au chirurgien. L'opération ne lui porterait le plus souvent aucun soulagement, elle pourrait même apporter un véritable coup de fouet à la colite et à la solarite. En effet, à la suite de l'opération, le malade voit parfois tous ces troubles s'exagérer et on assiste à la formation de séquelles en rapport avec la solarite et la colite surajoutée qui tendent à devenir irréductibles. Avant de l'opérer on doit d'abord s'efforcer de guérir la solarite et les troubles colitiques qui sont souvent associés. On essayera les cures répétées d'alitement et le chauffage permanent de l'épigastre. On traitera la colite par les régimes appropriés, les vaccins, les ferments lactiques. On aura surtout recours aux agents physiques et en particulier à la *diathermie*. La plupart de nos malades sont soulagés à la suite de 20 séances de diathermie. Dans certains cas, ce n'est qu'à la suite de plusieurs séries semblables de diathermie que l'on constate une amélioration réelle. On a pu, dans certains cas, avoir recours aux rayons infra rouges. Des semaines et des mois de traitement médical sont souvent nécessaires pour obtenir la guérison de la solarite. De toute manière, ce n'est que lorsqu'à l'examen on trouve un ventre souple sans battements perceptibles au creux épigastrique et que le point de Mac Burney est le seul point trouvé sensible à la palpa-

tion que l'on envoie le malade au chirurgien. En traitant la solarite ainsi avant l'intervention on évite bien des échecs du traitement chirurgical de l'appendicite chronique.

ETUDE STATISTIQUE DES CAUSES RELEVÉES A L'ORIGINE DE LA SOLARITE

En relevant les fiches de la consultation de médecine de l'hôpital Laënnec, portant sur trois années et en ne tenant compte que des malades examinés complètement et auxquels on a pratiqué un examen radiologique du tube digestif, nous sommes arrivés à réunir 100 observations de solarite.

Sur ces 100 observations de solarite nous trouvons :

43 solarites en rapport avec une *ptose gastro-intestinale isolée* ;

9 solarites en rapport avec une *ptose gastro-intestinale associée à une lésion organique : appendicite, cholécystite ou péritonite* ;

18 cas de solarite à l'origine desquelles on retrouve l'*appendicite chronique* et les *séquelles douloureuses d'appendicectomie*.

Viennent ensuite à l'origine de la solarite :

la cholécystite ou les séquelles de la cholécystectomie dans 5 observations ;

la colite dans 4 observations ;

l'ulcus duodénal ou pylorique dans 4 observations ;

l'amaigrissement dans 2 observations.

En somme les ptoses isolées ou associées se trouvent à l'origine de plus de la moitié de nos observations (52 observations). La cause qui vient immédiatement après se trouve être l'appendicite (18 observations).

En dépouillant toutes les observations de ptoses nous avons trouvé dans près de la moitié des cas la solarite à titre de complication. *En résumé la solarité doit faire rechercher avant tout deux grandes causes : la ptose et l'appendicite.*

Relevé de quelques fiches de solarite résumées provenant de la consultation de médecine de l'hôpital Laënnec

(années 1929 et 1930)

M^{me} Be..., 27 ans, se plaint d'un endolorissement permanent du creux épigastrique, d'un état nauséeux, de palpitations, de crises précordiales et gastriques apparaissant à l'effort et spontanément vers 2 heures du matin.

A l'examen clinique : Palpation de l'épigastre douloureuse, battements épigastriques violents; le reste de l'examen ne montre rien d'anormal.

Examen radiologique : Cœur normal. Tube digestif. Transit gastro grêle rapide. Bas-fond gastrique à 10 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Pylore au niveau de la troisième vertèbre lombaire.

Conclusions : Solarite et ptose.

M^{me} Bo..., 35 ans, se plaint de douleurs continues au creux de l'estomac (tension permanente), nausées, vertiges, constipation, anorexie, amaigrissement, éblouissements.

A l'examen clinique : Sensibilité à la palpation du creux épigastrique, battements épigastriques violents. Point vésiculaire et phrénique sensibles.

Examen radiologique : thorax normal.

Tube digestif : Un repas opaque pris 7 heures avant l'examen chemine dans le cæcum et le colon ascendant. Quelques traces de gélobarine demeurent encore dans le bas-fond de l'estomac. L'angle splénique est marqué par la présence de gaz. L'estomac est long. Le bas-fond gastrique s'inscrit à 12 cm. au-dessous de la ligne bi-iliaque. La hauteur de l'estomac est de 26 centimètres. Pseudo-biloculation par étirement. La distance du bas-fond gastrique et du pylore est de 8 centimètres.

Conclusions : Solarite, ptose, pseudo-biloculation, gastrique, cholécystite ?

M^{me}. Co..., 41 ans, se plaint de souffrir du creux de l'estomac, nausées, renvois, constipation.

Examen clinique : Epigastre douloureux à la palpation profonde, battements épigastriques violents. Point de Mac Burney sensible.

Examen radiologique : 7 heures après le premier repas, injection des dernières anses iléales du défilé iléo-cæcal qui est long, du cæcum et du colon ascendant. Point douloureux fixe au bord interne du cæcum. Le deuxième repas ne montre pas de lésions gastro-pyloro-duodénales. Transit normal.

Conclusions : Solarite et appendicite probable.

M^{me}. Gu..., 25 ans, se plaint depuis quelques mois de tension épigastrique permanente, de nausées, de constipation, d'asthénie, de vertiges, d'amaigrissement.

Examen clinique : Sensibilité solaire, battements épigastriques violents. Point de Mac Burney sensible.

Examen radiologique : 7 heures après le premier repas, injection du cæcum, du colon ascendant, du transverse. Pas de point douloureux à position fixe. Le deuxième repas montre un estomac atone, étiré. Bas-fond à 13 centimètres au-dessous des arêtes iliaques. Douleur à la pression du plexus solaire.

Conclusions : Solarite et ptose.

M^{me} Jo..., 26 ans, se plaint depuis quelques mois de souffrir continuellement de l'estomac, nausées, asthénie, douleur dans la fosse iliaque droite.

Examen clinique : Sensibilité solaire et battements épigastriques. Point douloureux dans la fosse iliaque droite correspondant au point de Mac Burney.

Opérée d'appendicectomie il y a 7 ans.

Examen radiologique : Léger retard dans l'iléon sept heures après le premier repas. Spasme segmentaire du défilé iléo-cæcal. Point douloureux au bord interne du cæcum. Bord interne du cæcum rectiligne. Incisures au bord externe du cæcum. Le deuxième repas ne montre pas de lésions gastro-pyloro-duodénales.

Conclusions : Solarite, séquelles d'appendicite.

M^{me} La... souffre continuellement de l'estomac, nausées, constipation, asthénie, nervosisme, amaigrissement.

Examen clinique : Douleur à la palpation de l'épigastre, battements épigastriques violents. Point de Mac Burney sensible.

Une cure d'alitement est restée sans résultat.

Examen radiologique : Retard très marqué du travail iléo-cæcal. Bord interne du cæcum rectiligne. Incisures au bord externe du cæcum. Point douloureux cæcal fixe. Le deuxième repas montre un estomac atone. Bas-fond

gastrique à 6 centimètres au-dessous de la ligne bi-iliaque.
Sensibilité solaire.

Conclusions : Solarite, appendicite et ptose.

M^{me} La...

Depuis 5 ans, amaigrissement de 10 kilogrammes.
Sensation de pesanteur au creux épigastrique permanente,
calmée seulement par le décubitus horizontal.

Examen clinique : sensibilité solaire et battements
épigastriques violents.

Examen radiologique : Sept heures après le premier
repas, injection des dernières anses iléales et du bas-fond
cæcal. Spasme du cæcum. Point douloureux fixe au bord
interne du cæcum.

Conclusions : Solarite et appendicite probable.

M^{me} No..., 23 ans.

Depuis 3 semaines, endolorissement permanent du
creux épigastrique. Accentuation des douleurs immédia-
tement après les repas.

Examen clinique : Sensibilité épigastrique et batte-
ments aortiques.

Examen radiologique : Huit heures après le premier
repas, injection de la fin de l'iléon, du cæcum, du colon
ascendant.

Deuxième repas : Estomac atone. Bas-fond à 8 centi-
mètres au-dessous de la ligne bi-iliaque. L'estomac exa-
miné en position oblique antérieure gauche présente la
forme d'une coupe de champagne (déformation par aéro-
colie). Douleur spontanée et provoquée au plexus solaire.

Conclusions : Solarite, ptose gastrique.

M^{me} Oec... Souffre depuis 3 mois continuellement au creux épigastrique, nausées, constipation, asthénie, anorexie, amaigrissement.

Examen clinique : Sensibilité solaire et battements épigastriques.

Examen radiologique : Léger retard du transit intestinal. Estomac allongé. Bas-fond à 5 travers de doigts au-dessous des crêtes iliaques. Pylore au bord inférieur de la troisième lombaire. Douleur dans la région du plexus solaire. Stase duodénale avec augmentation du calibre du genu inférieur. Antipéristaltisme dans les deuxième et troisième portions du duodénum. Bulbe de volume normal et bords réguliers.

Conclusions : Solarite, ptose gastrique, syndrome de sténose duodénale fonctionnelle.

M^{lle} Ra...

Malade ayant un pneumothorax artificiel à droite datant de deux ans et demi et qui a donné de très bons résultats.

Depuis quelques semaines se plaint de souffrir continuellement du creux de l'estomac, présente des pesanteurs après les repas, des nausées, une sensation de fatigue permanente, en même temps maigrit.

A l'examen clinique, sensibilité solaire et battements épigastriques violents.

Examen radiologique : Champ pulmonaire gauche normal. Champ pulmonaire droit : fines marbrures dans le lobe supérieur droit. Petite bande de décollement sur les contours pulmonaires. Traces de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique.

Tube digestif : Transit gastro-grêle normal en sept heures. Cæcum et colon ascendant à contenu flou et irrégulièrement remplis avec aérocolie et ptose. Ptose et

allongement gastrique avec atonie. Bas-fond de l'estomac à 10 centimètres de la ligne bi-iliaque.

Conclusions : Pneumothorax artificiel droit. Solarite. Ptose gastrique.

M^{lle} Ro..., 30 ans.

Se plaint depuis deux ans d'asthénie considérable, de vertiges continuels, de vomissements pituiteux après chaque repas, de souffrances continues au creux de l'estomac.

Examen clinique : Sensibilité à la palpation du creux épigastrique. Battements aortiques au-dessus de l'ombilic. Point de Mac Burney sensible.

Examen radiologique : Sept heures après la prise du premier repas la tête de colonne arrive à l'angle splénique, mais il y a encore une grande quantité de gélobarine dans l'iléon. Point douloureux à localisation appendiculaire. Léger spasme du cæcum.

Conclusions : Solarite et appendicite probable.

CONCLUSIONS

La solarite nous paraît avoir une importance clinique et pratique considérable. En effet :

1° *Elle est très fréquente.* Nous l'avons rencontrée chez un tiers environ de nos malades de consultation de gastro-entérologie.

2° *Elle passerait souvent inaperçue si on ne recherchait pas la douleur solaire et les battements épigastriques.* Les autres troubles, en effet, sont essentiellement subjectifs et variés.

3° *Elle étouffe la symptomatologie de l'affection causale* et ce n'est que par un examen complet, en particulier par un examen radiologique du tube digestif, que l'on arrive à déterminer la cause qui lui a donné naissance.

4° *Elle revêt des formes de gravité variable.* Il est

des solarites qui cèdent en quelques jours à la cure d'alitement et au chauffage de l'épigastre.

Il est des solarites qui paraissent irréductibles.

5° *La cure d'alitement, véritable traitement d'épreuve, permet de différencier les solarites en rapport avec une cause fonctionnelle (ptose ou amaigrissement) qui cèdent à la cure d'alitement et les solarites en rapport avec une cause organique (appendicite, périviscérites, etc.) qui résistent à la cure d'alitement.*

6° *On trouve à l'origine de la solarite des affections diverses : les ptoses dans près de la moitié des cas, l'appendicite, la cholécystite, les colites, l'ulcère pylorique viennent ensuite. Elle intéresse donc tout le domaine de la gastro-entérologie.*

7° *α) La solarite ne guérit pas spontanément. Laisée à elle-même le plus souvent elle persiste ou tend même à s'aggraver.*

ε) Elle ne guérit pas en général par le traitement de l'affection causale. Il faut d'abord guérir la solarite et ne songer à traiter l'affection qui lui a donné naissance que secondairement.

γ) La solarite nécessite donc un traitement spécial : alitement et chauffage de l'épigastre, diathermie dans les cas graves.

δ) Une fois la solarite guérie il reste à traiter l'affection causale. Le traitement variera suivant la cause. En cas de ptose : cure d'engraissement ou ceinture. En cas d'appendicite chronique : appendicectomy. En cas de périviscérite : diathermie.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : Le Président de Thèse,
P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BENECH. — De l'aortite abdominale par propagation. *Académie de Médecine*, 1^{er} mai 1906.
- *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, mai 1906.
- CARNOT. — La clinodigestion nocturne dans les gastralgies des ptosiques. *Journal Médical français*, novembre 1929.
- GLÉNARD. — *Les Ptoses viscérales*, 1899.
- • *De la sangle pelvienne contre l'entéroptose*. 1905.
- GUTMAN et ROUTIER. — L'aortite abdominale atténuée à forme gastralgique. *Presse Médicale*, 7 janvier 1925.
- P. JACQUET. — Les ptoses et le syndrome de mauvaise contention des organes de l'abdomen. Les déséquilibres du ventre en clinique journalière. *Journal Médical français*, novembre 1929.
- JABOULAY. — *Chirurgie du Grand Sympathique*. Doin, 1900.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches sur le plexus solaire. *Thèse de Paris*, 1903.
- Pathologie du sympathique. *Essai d'Anatomie physiopathologie clinique*. Alcan, 1923.
- Les symptômes solaires en clinique. *Revue de Médecine*, 1923.
- Les Solairalgies. *L'Hôpital*, 1923.

- Conférences de Sympathologie*, 1926 à 1929. Chahine.
- LOEPER. — *Leçons de Pathologie digestive*. 5 séries. 1911 à 1922.
- *Etude d'ensemble sur les caelialgies*, in 5^e série. 1922.
- MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — *In Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique*. Doin, 1909 à 1913.
- 1° Sensibilité du plexus solaire.
- 2° L'hyperesthésie du plexus solaire et l'aortite abdominale.
- 3° Médication des douleurs gastro-intestinales. Médication des plexalgies.
- 4° Traitement de la ptose et de l'atonie gastrique. L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux. Semeiologie et traitement. *Encyclopédie scientifique des aides-mémoires*. Masson.
- MONTEUUIS. — *Entéroptose ou maladie de Glénard*. Baillière, 1897.
- MOUTIER. — Essai clinique et thérapeutique sur les crises solaires; leur traitement par l'égérine. *Archives des Maladies de l'appareil digestif*. Masson, 1920, tome X, n° 8.
- L. RAMOND. — Aortite abdominale. *Paris Médical*, janvier 1931.
- J. RENARD. — Le syndrome sympathique dans les affections gastriques. *Thèse de Paris*, 1921.
- J.-Ch. ROUX. — Les lésions du système grand sympathique dans le tabès et leurs rapports avec les troubles de la sensibilité gastrique. *Thèse de Paris*, 1900.
- A.-R. SALMON. — Les crises solaires. *Journal Médical français*, août 1928.
-

